

Änderungsmeldung für Aushilfen

(Meldefrist 3 Tage; evtl. auch per Fax an: 09421/10498)



┌ -Firmenstempel - ┐

Persönliche Daten

Name, Vorname

PLZ/Wohnort

Straße

Abmeldung

Austrittsdatum: _____

Grund: _____

Anschriftenänderungen ab

_____ Datum

Neue Anschrift: _____

Änderung der Krankenkasse ab

_____ Datum

Neue Krankenkasse: _____

Änderung der persönlichen Verhältnisse:

Ende bzw. Beginn von Arbeitslosigkeit ab _____
(*zutreffendes bitte unterstreichen*)

Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit ab _____

Ende Elternzeit ab _____

Sonstiges: ab _____

--- LK Schrödinger Leeb-Wittmann, Steuerberater ---
Überlassung an Dritte und Nachdruck nicht gestattet

Ort, Datum

02/2019

Unterschrift Arbeitgeber